

3.1 Gesundheitskompetenz der 19-Jährigen in der Schweiz



Thomas Abel



Florian Keller

Gesundheitskompetenz kann als jenes Wissen und jene Kompetenz definiert werden, die benötigt werden, um im Alltag gesund zu bleiben und Krankheiten vorzubeugen (vgl. Abel et al., 2014). Dieses Thema ist von wachsender gesellschaftlicher Bedeutung.

Mit wachsenden Wahlfreiheiten im Gesundheitsbereich für viele (von diversifizierten Krankenversicherungsmodellen über die Auswahl von gesunden Lebensmitteln bis zu Wellnessferien für die, die es sich leisten können) gehen steigende Erwartungen an die Einzelne und den Einzelnen einher, im Alltag mit ihrer/seiner Gesundheit sinnvoll und pfleglich umzugehen. So brauchen die Menschen heute nicht nur im Bereich des immer komplexer werdenden Gesundheitswesens sondern auch in ihrem Alltag mehr und mehr Gesundheitskompetenz. Fragen zu den sozialen und kulturellen Voraussetzungen für die Entwicklung und Anwendung von Gesundheitskompetenz sind somit wichtige gesellschaftliche Herausforderungen. Entsprechend ist Gesundheitskompetenz als explizites Thema auf Bundesebene definiert (Bundesamt für Gesundheit, 2013). Alltagsbezogene Gesundheitskompetenz ist insbesondere in der Jugend wichtig, weil in dieser Lebensphase gesundheitlich relevante Praktiken wie regelmässige körperliche Aktivität aber auch Rauchen und Alkoholkonsum eingeübt und verfestigt werden.

Erworben wird Gesundheitskompetenz primär im sozialen Umfeld. Dazu gehört auch die Schule. Aufgabe der Schule ist es, Kinder und junge Erwachsene zu Personen auszubilden, die fähig sind, das Leben selbstbestimmt zu gestalten (Fend, 1981; 2006). Im Zentrum stehen dabei die sogenannten Kulturtechniken Lesen, Schreiben und Rechnen. Doch die Qualifizierungsaufgaben der Schule gehen heute weit darüber hinaus. Sie umfassen letztlich alle Fähigkeiten, die notwendig sind, um gesellschaftlich zu partizipieren. Dazu gehört auch das Vermitteln von Gesundheitskompetenz, die als Teil des kulturellen Kapitals beschrieben werden kann (Abel, 2007; Kamin & Anker, 2014). Das heisst, die Chance auf eine gute Gesundheitskompetenz geht einher mit der Chance auf eine gute Bildung (Kickbusch, 2001; Sommerhalder & Abel, 2015). Gesundheitskompetenz, gute Gesundheit und die Realisierung einer gesunden Lebensweise sind eng miteinander verknüpft (Kickbusch et al., 2014).

Fragestellung

Verlässliche Angaben zur Verteilung der Gesundheitskompetenz in der Schweiz fehlen bis heute (Sommerhalder & Abel, 2015). Auch ist noch wenig bekannt zur Bedeutung sowohl familiärer Faktoren als auch der Bildungssysteme bei der Entwicklung und Verteilung von Gesundheitskompetenz. Der ch-x/YASS bietet nun zum einen die Chance, die Verteilung von Gesundheitskompetenz bei jungen Erwachsenen in der Schweiz flächendeckend zu beschreiben. Zum andern können anhand des ch-x/YASS neue Erkenntnisse gewonnen werden zur Bedeutung der familiären Ressourcen und den schulischen und beruflichen Ausbildungswegen für die Aneignung und Anwendung der Gesundheitskompetenz bei jungen Schweizer Männern und Frauen.

Erfasst wurde die Gesundheitskompetenz mit 8 Fragen¹. Beispielsweise wurde gefragt, wie gut die jungen Erwachsenen die Beipackzettel von Medikamenten verstehen oder ob sie wissen, wo sie sich zur Förderung des eigenen Gesundheitsverhaltens informieren können.

Gesundheitskompetenz der 19-Jährigen in der Schweiz

Heute geht eine zunehmende Fülle an Gesundheitsinformationen, insbesondere im Internet, einher mit immer höheren Erwartungen an das Individuum, mehr Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen. Dies erfordert ein ausreichendes Mass an Gesundheitskompetenz. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen nun, dass Gesundheitskompetenz in der Altersgruppe der jungen Erwachsenen stark von Geschlecht und Bildungsstatus abhängt: Junge Frauen erzielen durchschnittlich höhere Gesundheitskompetenzwerte als junge Männer. Auch berichten Befragte mit einem höheren Bildungsweg im Durchschnitt eine höhere Gesundheitskompetenz. Familieneinflüsse zeigen sich ebenfalls: Junge Erwachsene aus Familien mit mehr Bildungskapital und aus Familien, in denen ein gesunder Lebensstil betont wurde, zeigen durchschnittlich höhere Gesundheitskompetenzwerte.

Abel, T. & Keller, F. (2016). Gesundheitskompetenz der 19-Jährigen in der Schweiz. In S.G. Huber (Hrsg.), *Young Adult Survey Switzerland* (S. 62–67). Bern: BBL / OFCL / UFCL.

Tabelle 1: Antwortverteilung bei ausgewählten Indikatoren der Gesundheitskompetenz

	trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
Wenn ich Fragen zu Krankheiten und Beschwerden habe, weiss ich, wo ich mich informieren kann.	68%	29%	2%	1%
Wenn ich – ohne dass ich krank bin – etwas für meine Gesundheit tun möchte, weiss ich, wo ich mich dazu informieren kann.	64%	31%	4%	1%
Bei den Internetquellen zur Gesundheit kann ich unterscheiden, welche eine hohe und welche eine niedrige Qualität haben.	30%	55%	12%	4%

Die Fragen konnten die jungen Erwachsenen anhand von verschiedenen Antwortkategorien wie z.B. «sehr gut» oder «schlecht» beantworten.

Ergebnisse

Die Tabellen 1 und 2 zeigen die Antworten auf eine Auswahl der eingesetzten Fragen. Tabelle 1 zeigt, dass 68 Prozent der jungen Erwachsenen der Aussage «Wenn ich Fragen zu Krankheiten und Beschwerden habe, weiss ich, wo ich mich informieren kann.» voll und ganz zustimmen, 29 Prozent stimmen der Aussage mit «trifft eher zu». Nur insgesamt 3 Prozent wis-

sen «eher nicht» oder «überhaupt nicht», wo sie sich über Krankheiten und Beschwerden informieren können. Die Kompetenz, die Qualität von Internetquellen zu beurteilen, schätzen die jungen Erwachsenen insgesamt weniger hoch ein. Trotzdem geben auch bei dieser Aussage 85 Prozent der Befragten an, dass sie bei Internetquellen zur Gesundheit «voll und ganz» oder «eher» unterscheiden können, ob diese eine hohe oder eine niedrige Qualität haben.

Die Beipackzettel von Medikamenten verstehen 74 Prozent der jungen Erwachsenen «gut» oder «sehr

¹ Die acht Fragen bzw. Aussagen, mit denen Gesundheitskompetenz im Fragebogen des ch-x/YASS erhoben wurde, lauten:

- Wenn ich Fragen zu Krankheiten und Beschwerden habe, weiss ich, wo ich mich informieren kann.
- Wenn ich – ohne dass ich krank bin – etwas für meine Gesundheit tun möchte, weiss ich, wo ich mich dazu informieren kann.
- Bei den Internetquellen zur Gesundheit kann ich unterscheiden, welche eine hohe und welche eine niedrige Qualität haben.
- Wie gut verstehen Sie Beipackzettel von Medikamenten?
- Wie gut verstehen Sie Informationsbroschüren zu gesundheitlichen Themen, z.B. über Ernährung, Suchtmittel?
- Es gibt heute viele Ratschläge und Angebote für ein gesundes Leben. Wie gut gelingt es Ihnen, die für Sie passenden Informationen und Angebote auszuwählen?
- Wie oft konnten Sie in der Vergangenheit jemandem aus der Familie oder dem Bekanntenkreis bei auftretenden gesundheitlichen Fragen (z.B. Stress, leichte Sportverletzung, Ernährung) weiterhelfen?
- Und wenn bei Ihnen gesundheitliche Fragen auftraten, wie oft haben Sie dann bei anderen (Familie und Bekannte) Informationen oder Rat eingeholt?

Compétences des jeunes de 19 ans en matière de santé en Suisse

L'augmentation du volume d'informations sanitaires qu'on peut obtenir aujourd'hui, notamment sur internet, va de pair avec une augmentation des attentes pour que l'individu se mon-tre plus responsable de sa propre santé. Cela exige des compétences suffisantes en matière de santé. Les résultats obtenus montrent que cette compétence, dans le groupe d'âge des jeunes adultes, dépend fortement du sexe et de la formation: les jeunes femmes se révèlent en moyenne plus compétentes en matière de santé que les jeunes hommes. Les sondés ayant une voie de formation plus élevée font aussi preuve, en moyenne, de compétences plus élevées. L'influence familiale est également visible : les jeunes adultes issus de familles ayant un capital de formation plus grand ou de familles ayant mis l'accent sur un style de vie sain témoignent en moyenne de meilleures compétences en matière de santé.

Competenze dei giovani di 19 anni in materia di salute in Svizzera

L'aumento del volume di informazioni sanitarie che si possono ottenere oggi, soprattutto su internet, insieme con l'aumento delle aspettative a questo riguardo, fanno sì che l'individuo si mostri più responsabile della propria salute. Ciò esige però competenze sufficienti nel campo sanitario. I risultati ottenuti mostrano che questa competenza dipende molto dal sesso e dalla formazione: le giovani donne sono in media più competenti dei maschi in materia sanitaria. I giovani che hanno una formazione più alta possiedono, in generale, competenze migliori. Anche l'influsso della famiglia è importante: i ragazzi nelle cui famiglie esiste un capitale di formazione più alto o in cui c'è uno stile di vita sano, dimostrano competenze sanitarie migliori.

gut», 22 Prozent «mittelmässig» und nur insgesamt 5 Prozent der Befragten geben an, diese «schlecht» oder «sehr schlecht» zu verstehen (vgl. Tabelle 2). Dem

grössten Teil der jungen Erwachsenen gelingt es auch, aus der Fülle der Angebote im Gesundheitsbereich die passenden auszuwählen (18% «sehr gut»; 47% «gut»).

Tabelle 2: Antwortverteilung bei ausgewählten Indikatoren der Gesundheitskompetenz

	sehr gut	gut	mittel- mässig	schlecht	sehr schlecht
Wie gut verstehen Sie Beipackzettel von Medikamenten?	27%	47%	22%	4%	1%
Es gibt heute viele Ratschläge und Angebote für ein gesundes Leben. Wie gut gelingt es Ihnen, die für Sie passenden Informationen und Angebote auszuwählen?	18%	47%	29%	4%	3%

Für weitergehende Analysen wurden den Antworten numerische Werte zugeordnet. Je grösser die Zustimmung zu einer Frage, desto höher der Wert. Danach wurden die Antworten aller acht Fragen zu einer Skala der selbsteingeschätzten Gesundheitskompetenz addiert. Das ergibt eine Skala mit einer Spannweite von 0 bis 37 Punkten. Ein hoher Wert bedeutet eine hohe, ein niedriger Wert eine geringe Gesundheitskompetenz (vgl. Abel et al., 2014).

Abbildung 1 zeigt die Verteilung der Gesundheitskompetenz sowohl geschlechtsbezogen (junge Frauen und Männer), als auch bezogen auf den jeweiligen Bildungsabschluss der jungen Erwachsenen. Die Gesamtlänge des abgebildeten Balkens gibt den Bereich an, in dem die Gesundheitskompetenz der mittleren 90 Prozent der jungen Erwachsenen liegt. Die Länge des Balkens ist ein Mass für die Spannweite zwischen den jungen Erwachsenen mit der höchsten und der niedrigsten

Abbildung 1: Gesundheitskompetenz (auf einer Skala von 0-37) nach Geschlecht und nach Schultyp auf der Sekundarstufe I

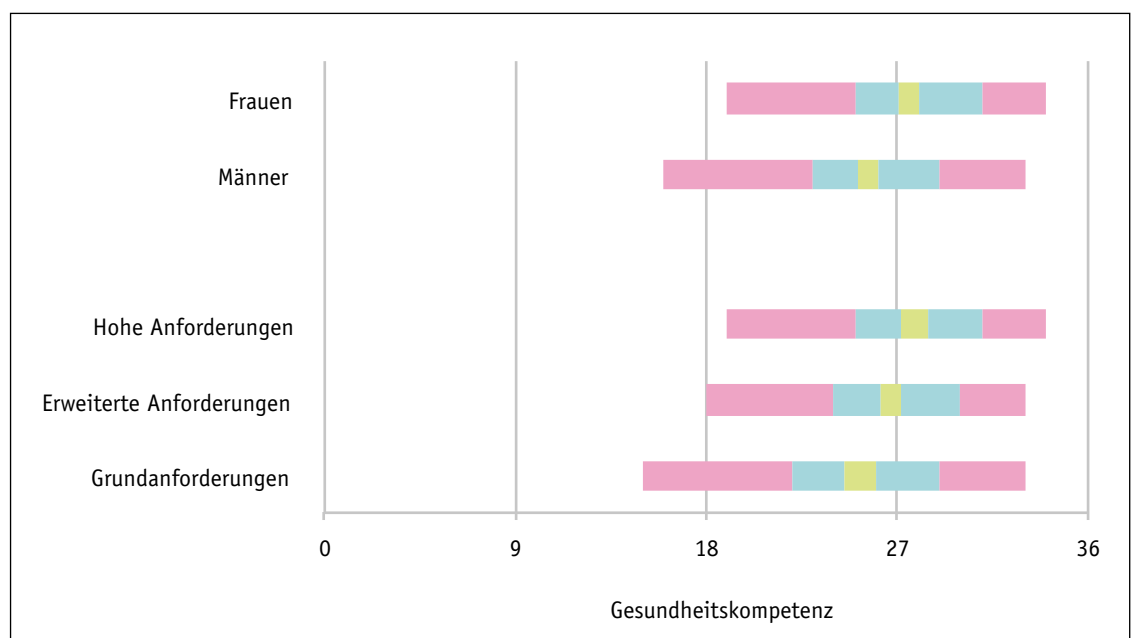


Tabelle 3: Multiple Regression zur Erklärung der Gesundheitskompetenz

Variablen		Modell I		Modell II	
		b	SE	b	SE
Individuelle Faktoren					
Schultyp Sekundarstufe I					
[Ref: Grundanforderungen]	Erweiterte Anforderungen	0.95***	0.14	0.58***	0.14
	Hohe Anforderungen	2.51***	0.16	1.78***	0.17
Geschlecht					
	Frau			1.32***	0.26
Kulturelles Kapital der Eltern					
Bildung der Eltern					
[Ref: Berufsbildung]	Obligatorische Schule			-0.71*	0.32
	Tertiäre Bildung			0.39**	0.13
Anzahl Bücher zu Hause					
[Ref: 11–400 Bücher]	sehr wenige (0–10)			-1.56***	0.21
	sehr viele (> 400)			0.45**	0.17
Ökonomisches Kapital der Eltern					
Finanzielle Ressourcen der Eltern					
[Ref: gut]	(sehr) bescheiden			-0.40**	0.15
	sehr gut			0.30*	0.15
Lebensstil in der Familie					
Gesunder Lebensstil in der Familie					
[Ref: eher nicht wichtig oder überhaupt nicht wichtig]	eher wichtig			1.61***	0.21
	sehr wichtig			2.75***	0.21
R2		3.1%		8.5%	
N (ungewichtet) ohne junge Erwachsene aus Sonderklassen		8243		7511	
* p < .050;** p < 0.1, *** p < .001					

Lesebeispiel: Junge Erwachsene, die auf der Sekundarstufe I einen Schultyp mit erweiterten Anforderungen besucht haben, verfügen über eine Gesundheitskompetenz, die durchschnittlich um 0.95 Punkte (Modell I, Spalte «b») höher ist, als die Gesundheitskompetenz der Referenzgruppe (junge Erwachsene, die auf der Sekundarstufe I einen Schultyp mit Grundanforderungen besucht haben).

Gesundheitskompetenz. Der hellblaue Balken umfasst jene 50 Prozent der Befragten mit mittleren Werten zu den einzelnen Gesundheitskompetenzen. Der kleine schwarze Balken stellt jenen Bereich dar, in dem der Mittelwert der Population mit einer Wahrscheinlichkeit von 95 Prozent liegt. Je kleiner der schwarze Balken, desto zuverlässiger ist die Schätzung des Mittelwerts. Junge Frauen und Männer unterscheiden sich im Hinblick auf ihre selbsteingeschätzte Gesundheitskompetenz. Die durchschnittliche Gesundheitskompetenz der Schweizer Frauen liegt bei 27.5 Punkten und damit rund 1.9 Punkte über der Gesundheitskompetenz der Männer. Diese Differenz ist statistisch signifikant (Effektgrösse $d = 0.37$).

Noch stärker unterscheidet sich die Gesundheitskompetenz der jungen Erwachsenen je nach Schultyp, in dem junge Erwachsene die obligatorische Schulzeit abschliessen. Junge Erwachsene, die einen Schultyp mit hohen Anforderungen besucht haben (z.B. Bezirksschule, Untergymnasium), verfügen über eine höhere Gesundheitskompetenz als junge Erwachsene aus Schultypen mit erweiterten Anforderungen (z.B. Sekundarschule Abteilung A) oder jungen Erwachsenen aus Schultypen mit Grundanforderungen (z.B. Sekundarschule Abteilung B, Realschule). Dies legt die Annahme nahe, dass Gesundheitskompetenz in Schultypen mit hohen Anforderungen besser vermittelt oder gefördert wird als in Schultypen mit Grundanforderungen. Wie empirisch bereits vielfach belegt wurde, besteht zwischen dem Schultyp, den die jungen Erwachsenen auf der Sekundarstufe I besuchen, und dem kulturellen und ökonomischen Kapital der Eltern ein enger Zusammenhang. Junge Erwachsene, deren Eltern selber über eine hohe Schulbildung und über grosse finanzielle Mittel verfügen, absolvieren häufiger eine anforderungsreiche Ausbildung (Baumert, Stanat & Watermann, 2006; Becker, 2010; Maaz et al., 2010). Das kulturelle und ökonomische Kapital in der Familie prägt aber auch direkt die Gesundheitskompetenz der jungen Erwachsenen (Abel, 2007; Abel et al., 2014). Die höhere Gesundheitskompetenz der jungen Erwachsenen aus Schultypen mit hohen Anforderungen kann deshalb auch eine direkte Folge des privilegierten familiären Hintergrunds sein.

Mit einer Regressionsanalyse kann nun bestimmt werden, wie gross der jeweilige Einfluss des Elternhauses und der Schule für die Gesundheitskompetenz der jungen Erwachsenen ist. Tabelle 3 zeigt die Ergebnisse der Regressionsanalyse. In Modell I wurden die Effekte der verschiedenen Schultypen auf die Gesundheitskompetenz der jungen Erwachsenen geschätzt. In Modell II wurden zusätzlich Indikatoren des kulturellen und ökonomischen Kapitals der Eltern modelliert, um zu bestimmen, wie gross der Einfluss der Schule auf die

Gesundheitskompetenz der jungen Erwachsenen ist, wenn man familiäre Einflüsse statistisch kontrolliert. Modell I bestätigt die in Abbildung 1 illustrierten Ergebnisse: Die Gesundheitskompetenz der jungen Erwachsenen aus einem Schultyp mit erweiterten Anforderungen ist höher als jene der jungen Erwachsenen aus einem Schultyp mit Grundanforderungen. Der Unterschied beträgt 0.95 Punkte. Noch höher ist die Gesundheitskompetenz der jungen Erwachsenen, die einen Schultyp mit hohen Anforderungen besucht haben. Ihre Gesundheitskompetenz ist um 2.51 Punkte höher als die der jungen Erwachsenen aus einem Schultyp mit Grundanforderungen. Der Beitrag der unterschiedlichen Schultypen zur Erklärung der Gesundheitskompetenz ist mit einer erklärten Varianz von $R^2 = 3.1$ Prozent allerdings gering.

Wenn das Geschlecht, das kulturelle und ökonomische Kapital der Eltern sowie die Relevanz eines gesunden Lebensstils statistisch kontrolliert werden, bleiben die Unterschiede zwischen den jungen Erwachsenen aus den verschiedenen Schultypen bestehen (Modell II). Junge Erwachsene, die die Schule in einem Schultyp mit hohen Anforderungen (z.B. Gymnasium) abgeschlossen haben, haben – selbst bei gleichen familiären Bedingungen – eine um 1.78 Punkte höhere Gesundheitskompetenz als junge Erwachsene aus einem Schultyp mit Grundanforderungen (z.B. Realschule). Das so erweiterte Regressionsmodell erklärt nun einen grösseren Anteil der Varianz in der Gesundheitskompetenz ($R^2 = 8.5\%$). Den grössten Effekt auf die Gesundheitskompetenz der jungen Erwachsenen hat dabei der Lebensstil in der Familie. War ein gesunder Lebensstil in der Familie sehr wichtig, so liegt die Gesundheitskompetenz der jungen Erwachsenen um 2.75 Punkte über der Gesundheitskompetenz der jungen Erwachsenen aus Familien, in denen ein gesunder Lebensstil weniger wichtig war. Dieser Effekt gilt unabhängig vom Bildungsniveau und unabhängig von den finanziellen Ressourcen der Eltern.

Fazit

Während die meisten jungen Erwachsenen ihre Kompetenz in Gesundheitsfragen recht hoch einschätzen, zeigen unsere Ergebnisse doch auch beachtliche Unterschiede in Bezug auf das Geschlecht und mehr noch in Bezug auf den Bildungsstatus: Frauen und Befragte, die ein Gymnasium oder eine Bezirksschule besucht haben, schätzen ihre Gesundheitskompetenz höher ein als Männer und junge Erwachsene mit einem Realschulabschluss. Neben Bildung und Geschlecht hat zudem die Familie einen wichtigen Einfluss auf die Gesundheitskompetenz der jungen Erwachsenen. Insbesondere ein gesunder Lebensstil in der Familie und die «Bildungsnähe» der Eltern tragen zu einer besseren Gesundheitskompetenz der jungen Erwachsenen bei.

Bereits bekannt ist, dass diese Aspekte des kulturellen Kapitals der Familien neben dem familiären Einkommen wichtige Faktoren sind, die die Chancen auf eine gute Gesundheit beeinflussen (Schäfer Elinder et al., 2014; Schori et al., 2014). Wir zeigen hier, dass dies auch für die Chancen auf eine höhere Gesundheitskompetenz

zutrifft. Somit wird die Frage nach den sozialen Voraussetzungen zum Erwerb von hinreichender Gesundheitskompetenz zu einer Frage der Chancenverteilung in unserer Gesellschaft. Bildungs- und Gesundheitsbereich sind gleichermaßen gefordert hierzu wirksame Verbesserungsmaßnahmen anzudenken.



Literatur:

- Abel, T. (2007). Cultural Capital in Health Promotion. In McQueen, D. & Kickbusch, I. (Eds.), *Health and Modernity* (pp. 43–73). New York: Springer.
- Abel, T., Hofmann, K., Ackermann, S., Bucher, S. & Sakarya, S. (2014). Health literacy among young adults: a short survey tool for public health and health promotion research. *Health Promotion International*. doi:10.1093/heapro/dat096.
- Abel, T. & Sommerhalder, K. (2015). Gesundheitskompetenz/Health Literacy. *Bundesgesundheitsblatt* 58: 923–929. doi: 10.1007/s00103-015-2198-2
- Baumert, J., Stanat, P. & Watermann, R. (Hrsg.) (2006). *Herkunftsbedingte Disparitäten im Bildungswesen. Vertiefende Analysen im Rahmen von PISA 2000*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Becker, R. (2010). Soziale Ungleichheit von Bildungschancen und Chancengleichheit. In R. Becker & W. Lauterbach (Hrsg.), *Bildung als Privileg. Erklärungen und Befunde zu den Ursachen der Bildungsungleichheit* (4., aktual. Aufl., S. 161–194). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.) (2013). *Gesundheit 2020. Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Fend, H. (1981). *Theorie der Schule*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Fend, H. (2006). *Neue Theorie der Schule. Einführung in das Verstehen von Bildungssystemen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kamin, T. & Anker, T. (2014). Cultural capital and strategic social marketing orientations. *Journal of Social Marketing*, 4(2):94–110. doi:10.1108/JSOCM-08-2013-0057.
- Kickbusch, I. (2001). Health literacy: addressing the health and education divide. *Health Promotion International*, 16(3):289–297.
- Kickbusch, I., Pelikan, J., Apfel, F. & Tsouros, A. (Hrsg.) (2014). *Health Literacy: the solid facts*. Copenhagen: World Health Organization. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf).
- Maaz, K., Baumert, J., Gresch, C. & McElvany, N. (Hrsg.) (2010). *Der Übergang von der Grundschule in die weiterführende Schule. Leistungsgerechtigkeit und regionale, soziale und ethnisch-kulturelle Disparitäten* (Bildungsforschung, Bd. 34). Bonn.
- Schäfer Elinder, L., Heinemans, N., Zeebari, Z. & Patterson, E. (2014). Longitudinal changes in health behaviours and body weight among Swedish school children – associations with age, gender and parental education – the SCIP school cohort. *BMC Public Health*, 14:640–649.
- Schori, D., Hofmann, K. & Abel T. (2014). Social inequality and smoking in young Swiss men: intergenerational transmission of cultural capital and health orientation. *International Journal of Public Health*, 59(2).